



## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

### I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### II. INFORMACIÓN A REVELAR Complete todos los campos para que se procese la solicitud.

- ☐ Autorizo a White Memorial Community Health Center a revelar información a: ☐ Autorizo a White Memorial Community Health Center a obtener información de:

Centro recibiendo informacion de salud	
Nombre de la persona	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono	Fax
Correo Electrónico	

#### Información a ser revelada:

- ☐ Todos los registros de salud
- ☐ Registros de salud correspondientes a las siguientes fechas: \_\_\_\_\_
- ☐ Registros de salud relacionados con el siguiente tratamiento/problema: \_\_\_\_\_
- ☐ Otros (radiographia, facturación, etc.): \_\_\_\_\_

Podrá revelar información sobre pruebas diagnósticos y tratamiento para (marque todo lo que corresponda): ☐ VIH/SIDA virus ☐ Enfermedades de transmisión sexual ☐ Consumo de drogas y/o alcohol ☐ Trastornos psiquiátricos/de salud mental

**Motivo de la revelación:** ☐ Personal ☐ Médico ☐ Abogado ☐ Seguro ☐ Otro \_\_\_\_\_

### III. DERECHOS DEL PACIENTE

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud (tratamiento, pagos o inscripciones). Puedo revocar esta autorización por escrito, si lo hago, no afectará ninguna medida ya tomada por White Memorial Community Health Center basada en esta autorización. No podré revocar esta autorización si el fin de la misma fuera obtener seguro. Para revocar esta autorización, debo escribir una carta a WMCHC. Esta información estará sujeta a revelación y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Esta autorización vence \_\_\_\_\_ (si quedara sin firmar, entonces vencerá 1 año después de la fecha de esta autorización, o según lo requiera la RCW70.02.030(6), el plazo que sea más corto.)

Firma del paciente o del individuo legalmente autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta si firmó en nombre del paciente \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_